

CENTROS DE SAÚDE

Comentário às apresentações realizadas

Pedro Pita Barros

(Universidade Nova de Lisboa, email: ppbarros@fe.unl.pt)

As reflexões que de seguida se apresentam resultam da análise de quatro comunicações no 2º Forum de Economia da Saúde, realizado a 25 de Fevereiro de 2002, na Fundação Cupertino de Miranda, Porto, em organização do Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. São apresentadas questões suscitadas pelas comunicações e comentários às mesmas, alguns deles resultantes já da fase de discussão e de intervenção da audiência. Para se manter a escrita fiel tanto quanto possível ao decorrer dos trabalhos e às discussões tidas, construiu-se o texto com uma estrutura mínima. No final do mesmo, reportam-se as conclusões apresentadas na sessão de encerramento do 2º Forum de Economia da Saúde. Em qualquer caso, a visão apresentada é estritamente pessoal, e não reflecte necessariamente a dos organizadores, oradores ou participantes.

Questões e comentários

Do ponto de vista do funcionamento do sistema de saúde, os centros de saúde contribuem de três modos:

- Movimento assistencial;
- Referenciação para hospitais;
- Prevenção.

Estas componentes não são independentes e a eficiência (ou falta dela) e/ou os incentivos (financeiros e não só) existentes influenciam o desempenho nas três componentes.

Uma primeira questão que se deve colocar aos oradores é:

Em que componente consideram que houve um melhor desempenho na experiência face ao que ocorreria na sua ausência?

Uma segunda questão é:

Houve alguma re-orientação no peso relativo de cada uma destas componentes com o início das novas experiências de gestão? Ou seja, o que mudou, em termos de actividade desenvolvida, com a experiência?

Um primeiro comentário que se pode fazer, depois destas apresentações, é a incerteza causada pela actuação política constituir um dos principais constrangimentos ao desenvolvimento pleno da experiência.

Essa incerteza aparentemente situa-se em dois planos:

O plano financeiro

O interesse político pela experiência

A vossa percepção, terceira questão, é o carácter quase errático da actuação política se dever a restrições financeiras activas OU a desconfiança/desconforto com a experiência em si?

Apesar da retórica de descentralização e autonomia, será que os serviços oficiais procuram retomar a sua filosofia de planeamento central por via das transferências financeiras?

Até que ponto decisões de orientação definidas a um nível superior não são depois cumpridas no dia a dia pelas estruturas de nível inferior?

Porque será que isso acontece?

Um segundo comentário é o de uma maior satisfação dos profissionais (pelo menos, a satisfação não é pior) com o novo modelo – a autonomia e a delegação de decisões sobre a estrutura organizacional parece ser valorizada pelos participantes.

Mas autonomia significa também lutar pela afectação de recursos dentro de orçamentos – e este aspecto estará sempre presente uma vez que nunca serão, ou deverão ser, passados cheques em branco. Em particular, não é de esperar que a administração de saúde venha a pagar os cuidados de acordo com os custos realizados. De um ponto de vista económico, destroi os incentivos de um sistema de captação. Há a necessidade de definir pontos de referência adequados.

Ou colocando de outro modo, estarão os grupos de médicos/profissionais de saúde preparados para serem eles a gerir as suas restrições orçamentais em vez de estar a negociar verbas com alguém que gere essas restrições?

Quarta questão, se o Estado/Ministério da Saúde/ARS tivesse cumprido os compromissos financeiros assumidos, e se os grupos pudessem voltar ao início, teriam aceite as mesmas condições?

Quinta questão, será que cada orador pode identificar um conselho (ou lição) que ache dever ser retirado da experiência do seu centro de saúde.

Sexta questão, será que os profissionais de saúde estão preparados para serem gestores? Ou faria sentido ter um gestor profissional na equipa, que libertasse os médicos para as suas actividades próprias? Ou os profissionais de saúde estão de facto agarrados à ideia de quem gere o dinheiro é quem tem o poder? (na verdade, a acreditar nos textos que referem que a componente de retribuição material não é a mais importante na decisão de participação, libertar os médicos para as suas profissões pareceria ser uma boa ideia; o argumento contra de que os gestores não conhecem as especificidades da área da saúde seria ultrapassada pela proximidade de funcionamento em equipas pequenas).

Foram ainda referidos alguns outros aspectos, como a renúncia da Administração de Saúde à participação na gestão. Curiosamente, não me parece esta questão seja fundamental. E provavelmente até é melhor que não exista, desde que a relação contratual existente seja clara e cumprida por ambas as partes. Da mesma forma, a instituição de "Conselhos Consultivos" acaba por ser uma "falsa democracia" na gestão, uma vez que raramente acaba por funcionar.

De uma forma geral, os oradores referiram que o aspecto onde mais se observaram melhorias com a introdução das experiências de gestão de unidades de saúde foi o do movimento assistencial. Foi igualmente transmitida a ideia de que ainda há muito a fazer na área da prevenção, sendo recorrente o sentimento de uma fraca aderência da população a esses esforços. No que se refere a referenciamento para serviços hospitalares, não houve grandes conquistas. Em particular, considerou-se que as instituições hospitalares tendem a possuir regras rígidas e não se comprometem com metas ou prazos (há naturalmente exceções, quer no sentido positivo, de boa colaboração, quer no sentido negativo, imposição de regras "humilhantes"). Aliás, de uma forma geral, a informação circula deficientemente e com muito atraso, por todo o sistema de saúde.

Adicionalmente, há um sentimento geral de uma fraca receptividade da Administração de Saúde às propostas inovadoras que são apresentadas. Sem discutir a adequação dessas propostas, já que não será de excluir que haverá diferentes graus de interesse e exequibilidade das mesmas, em geral a ausência de uma decisão clara da Administração de Saúde, seja positiva ou negativa, contribui para um sentimento de frustração dos profissionais envolvidos nestas experiências.

Conclusões

Dois factos servem de ponto de partida para a apresentação de conclusões comuns às várias comunicações e discussões – os centros de saúde são, na

retórica, parte basilar do sistema. Mas, na prática, recebem pouca importância. São mesmo o “patinho feio” do sistema de saúde.

Assim, uma pergunta fundamental é Porque são os centros de saúde um tema menos “sexy” que os hospitais? Duas respostas ocorrem imediatamente à mente: envolvem, por unidade, menos dinheiro; por outro lado, não há tanto o fascínio da complexidade e o sentir a fronteira do conhecimento.

Uma primeira conclusão é que se quanto ao primeiro destes aspectos até poderá haver algum fundo de verdade, já quanto ao segundo não será uma visão inteiramente justa. Nos centros de saúde existe uma complexidade diferente, mais humana, exigindo um conjunto de competências diferente.

Outro conjunto de conclusões está associado com características comuns às quatro experiências apresentadas. Em primeiro lugar, o entusiasmo na constituição das equipas e no lançamento de cada experiência. Em segundo lugar, o “choque” com o Serviço Nacional de Saúde, no que é em grande medida uma barreira política. O discurso oficial não é acompanhado pela prática, quer porque a orientação política é seguida pela estrutura encarregue da sua aplicação quer devido ao comportamento errático da própria componente política.

Em terceiro lugar, identifica-se uma maior satisfação dos profissionais e dos utentes, no que surge como um ponto forte destas experiências.

Quarto, as experiências aparentemente trazem menores custos, condicional à actividade que desenvolvem. Naturalmente, se o nível de actividade aumentar, gastar-se-á mais. A noção de poupança tem que ser ajustada para o nível de actividade.

Quinto, as melhorias de funcionamento ocorridas estão sobretudo ligadas ao movimento assistencial, sendo menos claras no campo da prevenção e

praticamente inexistentes no caso de referenciação para os cuidados diferenciados.

Sexto, encontram-se pequenas inovações organizacionais, espelhando normalmente o ajustamento do funcionamento às condições locais.

Apesar destas características comuns às várias experiências, há ainda áreas onde é necessário mais conhecimento. Nomeadamente, qual o modo óptimo de financiamento destas experiências (quer em duração das mesmas quer em montantes envolvidos)? Que critérios devem ser usados para avaliar do seu sucesso?

Sumariando, há um conjunto de lições que se podem retirar :

- não um conjunto de regras únicas (“one size fits all”), sendo importante permitir os ajustamentos locais;
- a autonomia formal de gestão deve ser respeitada na prática, o que passa por todas as partes envolvidas cumprirem os preceitos contratuais assumidos. Deve-se evitar que a “administração de saúde” use o instrumento financeiro para controlar e limitar a transferência;
- importância da introdução de uma componente de gestão profissional, evitando que os profissionais de saúde sejam desviados das suas actividades para uma sobrecarga de tarefas de gestão.

Finalmente, surgem algumas interrogações, para as quais não se encontrou ainda a resposta,

- a) Até que ponto estas experiências são generalizáveis?
- b) Como ultrapassar os obstáculos políticos?
- c) Virão a ser estas experiências vítimas do seu próprio sucesso (se funcionarem bem, terão maior procura, exercendo maior pressão sobre o seu funcionamento)?
- d) Qual a visão das autoridades de saúde sobre estas experiências?

Fica o desafio para em encontros futuros se procurar responder a pelo menos algumas destas questões.